

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

No 425

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre GOUJARD

Né le 28 juillet 1907, à Paris
Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DU
PNEUMOTHORAX SPONTANÉ
CHEZ LE NOURRISSON

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{te}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1934

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre GOUJARD

Né le 28 juillet 1907, à Paris
Externe des Hôpitaux

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

PNEUMOTHORAX SPONTANÉ

CHEZ LE NOURRISSON

Président : M. NOBÉCOURT, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1934

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale.....	PROUST.
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	DESGREZ.
Bactériologie	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale.....	CLERC.
Pathologie chirurgicale.....	CHEVASSU.
Anatomie pathologique.....	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LAIGNEL-LA VASTINE
Pathologie expérimentale et comparée.....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	Maurice VILLARET.
Clinique médicale.....	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale...	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale.....	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique.....	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
Clinique d'accouchements.....	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.....	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique.....	SERGEANT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chair.....	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE.. Neurologie et Psychiâtrie.
 BÉNARD (H.)... Pathologie médicale.
 BERNARD (E) . Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BROcq Pathologie chirurgicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHABROL Pathologie médicale.
 CHEVALLIER.. Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 DONZELOT Pathologie médicale.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 GATELLIER ... Pathologie chirurgicale.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie
 HAGUENAU ... Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri). Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL . Obstétrique.
 LAROCHE (G.).. Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LÉVY ... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI. Neurologie et Psychiâtrie .
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIEVRE . Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 QUÉNU Pathologie chirurgicale.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 SÉZARY Dermatologie et Syphili-
 graphie.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VALLERY-RADOT (Pasteur). Pathologie
 médicale.
 VELTER Ophtalmologie.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 ZIMMERN Physique

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.

ABRAMI Clinique médicale.
AUBERTIN Clinique médicale.
BRULÉ Clinique médicale.
CHIRAY Clinique médicale.
DUVOIR Clinique médicale.
HARVIER..... Clinique médicale.
LIAN Clinique médicale.
GUÉNIOT Clinique obstétricale.
LE LORIER Clinique obstétricale.

MM.

LÉVY-SOLAL .. Clinique obstétricale.
METZGER Clinique obstétricale.
BASSET Clinique chirurgicale.
CADENAT..... Clinique chirurgicale.
HEITZ-BOYER . Clinique chirurgicale.
MOCQUOT Clinique chirurgicale.
MOURE Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ ... Clinique chirurgicale.

V — CHARGÉS DE COURS

MM.

FREY	Éducation physique
CHAILLEY-BERT, agrégé	Stomatologie.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

Au courage et à l'abnégation de laquelle je dois d'avoir terminé mes études.

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR NOBÉCOURT

Professeur de Clinique médicale des Enfants
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de Médecine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
d'accepter la présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR MILHIT

Médecin de l'Hôpital Hérold

En témoignage de notre profonde reconnaissance pour le bienveillant intérêt qu'il nous a porté dans l'inspiration et la direction de notre thèse.

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR PAISSEAU

Médecin de l'Hôpital Trousseau

Qui a bien voulu contribuer à ce travail et dont le précieux enseignement clinique nous a appris à aimer la médecine infantile. Témoignage de notre profonde gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stages :

M. LE PROFESSEUR HARTMANN

M. LE PROFESSEUR WIDAL (*in memoriam*)

M. LE DOCTEUR LÉRI (*in memoriam*)

External :

M. LE DOCTEUR DUPUY-DUTEMPS

M. LE DOCTEUR PAISSEAU

M. LE DOCTEUR MILHIT

M. LE DOCTEUR FLANDIN

M. LE DOCTEUR ESCALIER

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TURPIN

M. LE DOCTEUR MARQUÉZY

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU PNEUMOTHORAX SPONTANÉ CHEZ LE NOURRISSON

INTRODUCTION

Il nous a été donné d'observer un cas particulièrement intéressant de pneumothorax spontané chez un nourrisson prématuré âgé de un mois, dans le service de notre maître le D^r Milhit. Ce pneumothorax non tuberculeux et apparu sans aucun prodrome, attira notre intention sur ce syndrome, qui, pour être bien connu des pédiatres, n'en est pas moins d'une rareté relative dans la première enfance.

Les recherches que nous avons pu effectuer nous ont permis de recueillir une autre observation originale de pneumothorax chez un nourrisson : pneumothorax tuberculeux cette fois, hospitalisé dans le service de notre maître le D^r Paiseau, qui a bien voulu nous autoriser à publier cette observation.

En 1929 déjà, un travail d'ensemble sur la question avait été effectué dans le service du Professeur Lereboullet, à l'occasion de 2 nouveaux cas de pneumothorax spontané non tuberculeux. La littérature à cette époque réunissait 40 observations.

En 1932, MM. Gardère et Savoye publiaient à Lyon une revue générale analysant 10 nouveaux cas de pneumothorax non tuberculeux. Depuis cette époque quelques observations isolées ont été publiées, tant dans la littérature française que dans la littérature étrangère, et un travail de mise au point nous a paru justifier le sujet de cette thèse.

Nous avons limité notre étude au pneumothorax spontané des nourrissons, c'est-à-dire aux enfants âgés de moins de dix-huit mois, selon la définition qu'en a donné le Professeur Marfan (1) : « Jusqu'à 1 an 1/2 environ, l'enfant du premier âge est appelé nourrisson ».

1. Marfan : *Précis d'Hygiène et des Maladies des enfants*, p. 3.

HISTORIQUE

Il n'existe pas dans la littérature de forme clinique définie du pneumothorax spontané chez le nourrisson.

Galliard (1) qui eut le premier le mérite de donner au pneumothorax de l'adulte sa définition et sa classification classiques, ne mentionne pas de forme spéciale à cet âge. Il cite toutefois dans son important travail, deux observations ; l'une de Rillet et Barthez concernant un pneumothorax après abcès du poumon, l'autre de Tissier, pneumothorax suite de broncho-pneumonie. Sur ces deux observations l'âge de l'enfant n'est mentionné qu'une fois, dans le cas de Tissier, où il s'agit d'un enfant de 17 mois ayant d'ailleurs succombé.

Bergé (2) n'a pas individualisé de forme du nourrisson dans son article sur le pneumothorax.

Harvier et Pinard (3) n'ont pas donné de description de cette forme clinique, mais ils signalent le

1. Galliard : Le pneumothorax, *Traité de médecine* Gilbert et Carnot, fasc. XXX, p. 263-271.

2. Bergé : Le pneumothorax, *Nouveau traité de pathologie interne*, p. 1425.

3. Harvier et Pinard : Le pneumothorax, *Traité de médecine*, Roger, Vidal, Teissier, fasc. XII, p. 556.

pneumothorax comme complication possible de la coqueluche, de la pneumonie et de la broncho-pneumonie.

Les traités de médecine spécialisés, consacrés à la pédiatrie, ne nous donnent guère plus de renseignements.

Rillet et Barthez (1), dans leur traité, ont rapporté un cas de pneumothorax spontané survenu chez un nourrisson de 15 mois, mais considérant ce cas comme une exception, n'ont pas décrit de forme de la première enfance.

Hutinel et Vitry (2) signalent la rareté de cette affection, d'autant plus rare, disent-ils, que l'enfant est plus jeune, sans en donner de description.

M. Armand-Delille (3), dans son remarquable exposé du pneumothorax chez l'enfant, n'accorde aucune mention au nourrisson.

M. Comby (4), à l'inverse de Hutinel et Vitry, signale la fréquence plus grande du pneumothorax au cours de la première enfance, par rapport à sa fréquence chez l'enfant.

M. Marfan (5) écrit au sujet du pneumothorax tuberculeux, que ce dernier peut s'observer chez le très jeune enfant, mais, que le plus souvent chez

1. Rillet et Barthez : *Traité clinique et pratique des maladies des enfants*, 2^e éd., t. I, p. 611.

2. Hutinel et Vitry : *Traité des maladies des enfants*, t. IV, p. 437.

3. Armand-Delille : Le pneumothorax chez l'enfant. *Traité de pathol. méd. et de thérap. appliquée*, Sergent, Ribadeau-Dumas, Babonneix, fasc. XXIV, p. 1147.

4. Comby : *Traité des maladies de l'enfance*, p. 676.

5. Marfan : *Clinique des maladies de la première enfance*, p. 416.

celui-ci, il est dû à la broncho-pneumonie, la pleurésie purulente ou la coqueluche.

On relève toutefois dans la littérature française quelques publications relatives au pneumothorax spontané chez l'enfant, nous les avons séparées selon qu'elles concernaient ; les premières, le pneumothorax non tuberculeux ; les autres, le pneumothorax tuberculeux.

Roger en 1882 (1) rapporte un cas de pneumothorax suite de coqueluche, chez un enfant de 19 mois.

Rendu en 1888 (2) publie un cas de pneumothorax suffocant ayant guéri par ponction, chez un sujet de 2 ans atteint de coqueluche grave.

Sevestre en 1896 (3) observe un cas de pneumothorax suite de broncho-pneumonie chez un enfant de 16 mois.

M. Variot en 1913 (4) présente un cas de pneumothorax latent post-pneumonique, découvert à la radiographie chez un enfant de 2 ans.

M. Weill, de Lyon (5), relate en 1917 dans la thèse de son élève Mlle Champy, deux autres cas : l'un concernant un enfant de 22 mois porteur d'un pneumothorax suite de pneumonie et abcès du poumon ; l'autre un enfant de 14 mois, pneumothorax suite de rougeole.

1. Roger : *Recherches sur les maladies de l'enfance*.

2. Rendu : Société médicale des Hôpitaux, 1889.

3. Sevestre : Mlle Chrzanowska, Du pneumothorax chez l'enfant, Thèse Paris, 1896-1897.

4. Variot, *Traité des maladies des enfants du premier âge*, p. 472.

5. Weill, de Lyon : thèse de Mlle Champy, Lyon, 1917. Du pneumothorax latent chez l'enfant.

MM. Lereboullet, Cathala et Lelong (1) en 1925 publient un cas remarquable de pneumothorax spontané chez un enfant de 11 mois ayant présenté une pneumonie du sommet droit.

Mme Gorecka-Meinier (2) en 1929 sous l'inspiration du Professeur Lereboullet, à l'occasion d'un cas de pneumothorax latent découvert par la radio chez un enfant de 11 mois, dresse dans sa thèse, un tableau complet des cas jusque-là publiés de pneumothorax spontané non tuberculeux dans la première enfance.

MM. Lereboullet, Lelong et Chabrun (3) publient en 1930 un cas de pneumothorax récidivant, chez un nourrisson de 17 mois, à la suite d'une pneumonie du sommet gauche, cas suivi de guérison.

M. Bezy de Toulouse (4) rapporte en 1930 un cas de pneumothorax spontané non tuberculeux chez un enfant de 20 mois.

M. Rouèche (5) la même année signale un cas de pyopneumothorax spontané suite de bronchopneumonie chez un enfant de 5 ans.

M. Ferru (6) publie en 1931 un cas de pyopneumo-

1. Lereboullet, Cathala et Lelong : Soc. pédiatrie. Paris, janvier 1925.

2. Mme Gorecka-Meinier : Pneumothorax spontané non tuberculeux dans la première enfance. Thèse Paris, 1929.

3. Lereboullet, Lelong et Chabrun : Soc. pédiatrie, Paris, octobre 1930.

4. Bezy P. : Pneumothorax spontané chez un enfant de 20 mois. Soc. anat. clin. de Toulouse, 1930.

5. Rouèche : Pyopneumothorax au cours d'une broncho-pneumonie. *Médecine infantile*, sept. 1930.

6. Ferru : Pyopneumothorax chez un enfant de 3 ans 1/2. Soc. pédiatrie, Paris, mai 1931.

thorax, suite de coqueluche compliquée de broncho-pneumonie chez un enfant de 3 ans 1/2. Dans cette publication il insiste sur la nécessité de la radiologie pour porter le diagnostic, étant donné, au moins au début, le minimum de signes cliniques observés.

MM. Gardère et Savoye de Lyon (1) présentent en 1932 deux nouvelles observations : l'une de pneumothorax chez un enfant de 13 mois, après broncho-pneumonie et abcès multiples ; l'autre d'hydro-pneumothorax partiel latent, chez un enfant de 13 mois, en rapport vraisemblablement avec un foyer de dilatation bronchique.

Reprenant les cas déjà publiés ils tentent d'en dégager un pronostic fondé sur l'étiologie.

MM. Weill-Hallé et Koang (2) présentent à peu près à la même époque, un cas de pneumothorax spontané chez un nourrisson hérédo-spécifique de 2 mois 1/2, après une bronchite légère.

MM. Chabrun et Joseph (3), en 1932, publient un cas de pneumothorax spontané terminé par la mort subite, chez un enfant de 4 mois, individualisant une forme clinique nouvelle de pneumothorax chez le nourrisson.

MM. Cassoute, Poinso et Zuccoli (4) signalent à

1. Gardère et Savoye : Le pneumothorax spontané non tuberculeux du nourrisson, *Journal de médecine de Lyon*, février 1932

2. Weill-Hallé et Koang : Pneumothorax spontané non tuberculeux chez un enfant de 2 mois 1/2. Société de Pédiatrie, Paris, décembre 1931.

3. Chabrun et Joseph : Pneumothorax spontané non tuberculeux chez un nourrisson. Société Pédiatrie. Paris, janv. 1932.

4. Cassoute, Poinso et Zuccoli : Soc. de Pédiatrie. Paris, juin 1932 p. 205.

Marseille en 1932 un cas de pyopneumothorax spontané avec emphysème sous-cutané, chez un enfant de 20 mois, cas suivi de guérison.

Telles sont les observations concernant le pneumothorax spontané non tuberculeux, que nous avons pu réunir dans la littérature française. Il convient d'y adjoindre l'observation originale que nous publions plus loin, et qui fera l'objet d'une communication à la Société de Pédiatrie.

La littérature étrangère nous a permis de rassembler quelques autres cas de pneumothorax non tuberculeux.

Dans la littérature allemande, Ruge (1) en 1872 signale pour la première fois un cas de pneumothorax spontané consécutif à une rupture de la plèvre chez un nouveau-né.

Steffen (2) en 1883 et en 1903 rapporte 2 cas de pneumothorax, l'un concerne un enfant de 2 ans : l'autre, consécutif à une rougeole, a trait à un enfant de 1 an.

Knopf (3) en 1893 rapporte 2 cas de pneumothorax chez des enfants de 2 ans.

M. Meyer (4) relate en 1916 l'observation d'un enfant de 5 mois ayant présenté un pneumothorax après une bronchite grippale.

M. Schönfeldt (5) en 1921 fait une revue d'ensem-

1. Ruge : *Zeitschr. f. gebort. und gyneco.*, 1872.

2. Steffen : *Jahrbuch für kinderheilt.*, 1883.

3. Knopf : *München med. Wochenschrift*, 1893.

4. Meyer : *Monat. für kinderheilt.*, 1916.

5. Schönfeldt : *Monat. für kinderheilt.*, 1922.

ble de la question en y apportant 3 cas personnels concernant des enfants de 15 mois, 18 mois et 10 mois ayant contracté un pneumothorax à la suite d'abcès post-pneumonique, de grippe et d'emphyse.

M. Saint-Eugel (1) publie en 1924 un cas de pneumothorax qu'il croit congénital, chez un enfant de un mois, pneumothorax ayant entraîné la mort.

M. Ernberg (2) présente en 1925 un cas de pneumothorax spontané, suite d'abcès du poumon chez un enfant de 7 semaines, cas suivi de guérison.

M. Benjamin (3) en 1926 relate 3 cas concernant des enfants de 9 mois, 2 ans et 18 mois, et ayant présenté un pneumothorax non tuberculeux à la suite de coqueluche, de pneumonie et de dilatation des bronches.

M. Soecknik (4) en 1930, rapporte un cas de pneumothorax spontané chez un nourrisson de 5 mois, après une pneumonie.

M. Schaltena (5) en 1917, rapporte aux Pays-Bas un cas de pneumothorax probablement congénital chez un nourrisson de 7 semaines.

La littérature anglo-américaine a réuni, elle aussi, un certain nombre de cas de pneumothorax spontanés non tuberculeux chez l'enfant.

1. Saint-Eugel : *Plaungler und Schlossmand Vogel*, 1924.

2. Ernberg : *Hygiena*, 1925.

3. Benjamin : *Arch. für Kinderheilt*, 1926.

4. Soecknik : *Monatschrift, für kinderheilt*, juillet 1930.

5. Schaltena : *Nederl. Muanschaft voor Verlosse*, 1917.

M. Bovaird (1) en 1903, signale un pneumothorax suite de pneumonie chez un enfant de 6 mois.

M. Ross (2) en 1924, rapporte une observation analogue chez un enfant de 2 ans.

M. Johnson (3) en 1927, publie une statistique personnelle, dans laquelle on relève deux pneumothorax chez des enfants au-dessus de 2 ans, sept autres chez des enfants âgés respectivement de 1 mois, 2 mois, 6 mois, 8 mois et 17 mois ; tous ces pneumothorax étant consécutifs à un abcès sous-pleural, et 3 enfants seulement ayant survécu.

M. Mourieff (4) en 1926, présente un cas de pneumothorax suite d'emphysème chez un enfant de 1 an.

M. Segers (5), en 1927, publie un cas de pneumothorax suite de coqueluche chez un enfant de 9 mois.

M. Stoloff (6), en 1928, relate un cas de pneumothorax post-pneumonique chez un enfant de 11 mois.

MM. Mendilaharzu et Kreutzer (7) exposent, la même année, dans les *Archives latino-américaines de pédiatrie*, le cas d'un pneumothorax spontané suite de grippe, chez un nourrisson de 6 mois, cas suivi de guérison.

MM. Beretervide et Reboiras (8) publient en 1929

1. Bovaird : *Arch. pediatr.*, 1903.

2. Ross : *Med. clin. north amer.*, 1924.

3. Johnson : *American Journal of Children*, 1927.

4. Mourieff : *British Journ. childr. diseases*, 1926.

5. Segers : *Archivos latin-amer. de pediatria*, avril 1927.

6. Stoloff : *Americ. Journal of the Med. Sciences*, nov. 1928.

7. Mendilaharzu et Kreutzer : *Archivos latino-amer. de pediatria*, février 1928.

8. Beretervide et Reboiras : *Prensa Med. Argentina*, octobre 1929.

un cas de pneumothorax spontané post-pneumonique ayant guéri chez un nourrisson de 20 mois.

M. C. Sorrentino (1) en 1930 relate un cas de pneumothorax spontané chez un nouveau-né.

MM. Acuna, Bettinotti et Vallino (2) rapportent en 1931, 4 cas de pneumothorax spontané de la première enfance, dont concernant un enfant de 2 ans, abcès du poumon ayant déterminé un pyopneumothorax mortel.

Tels sont les cas dont nous avons pu trouver mention dans la littérature ; ils ne sont malheureusement pas tous publiés, et quelques-uns, sans doute, nous auront échappé, faute de références suffisantes.

En ce qui concerne le pneumothorax spontané tuberculeux les observations sont plus rares encore.

Barrier (3) dans son *Traité des maladies de l'enfance* signale en 1861 un cas de pneumothorax consécutif à une caverne et dont le diagnostic fut porté à l'autopsie.

Sevestre (4) en 1886 publie un cas de pneumothorax spontané par ouverture dans la plèvre d'une caverne tuberculeuse du lobe inférieur gauche, chez un enfant de 16 mois, hérédospécifique.

MM. Debré et Laplane (5) publient en 1922 un cas remarquable de pneumothorax chez un nourrisson

1. Sorrentino : *Pediatrics*, 38, novembre 1930.

2. Acuna, Bettinotti et Vallino : *Archivos Argent. de pediatrics*, juillet 1931.

3. Barrier : *Traité des maladies de l'enfance*, 3^e édition, 1861.

4. Sevestre : *Bulletin Soc. Méd. des Hôp.*, 23 juillet 1866, p. 351.

5. Debré et Laplane : *Soc. d'études scient. de la tuberculose*, 14 janvier 1922.

de 3 mois 1/2, avec antécédents tuberculeux et cuti-réaction positive. Ce pneumothorax s'est constitué à la suite d'une broncho-pneumonie tuberculeuse ; d'abord muet, les signes physiques se sont suffisamment confirmés en trois semaines pour permettre le diagnostic que la radiologie devait, par ailleurs, confirmer. La nécropsie a permis de préciser la nature des lésions : caverne ouverte dans la plèvre.

Au cours de cette publication le Professeur Debré signale un cas relevé par M. Claude, cas analogue mais survenu chez un enfant de 2 ans 1/2, pour caverne tuberculeuse secondairement ouverte dans la plèvre.

MM. Mouriquand, Bernheim et Charleux (1) signalent en 1923 un cas d'hydropneumothorax chez un enfant convalescent de coqueluche. Le diagnostic ne fut pas porté cliniquement, l'enfant n'ayant présenté aucun signe physique de pneumothorax, l'auscultation ayant seulement révélé quelques râles en foyer à gauche, c'est l'épreuve radiologique qui fit le diagnostic. La nécropsie, quatre jours plus tard, devait montrer l'origine réelle de la maladie : caverne tuberculeuse de la base gauche ouverte dans la plèvre. Signalons que la cuti-réaction était restée négative.

MM. Lenhardt, Lamarque, Chaptal et Mas (2) viennent de présenter en 1934 l'observation d'un nourrisson de 10 mois atteint de pyopneumothorax droit, suffo-

1. Mouriquand, Bernheim et Charleux : *Lyon médical*, 1923, CXXXII, p. 978-982.

2. Lenhardt, Lamarque, Chaptal et Mas : *Soc. de Pédiatrie*, 16 janvier 1934.

cant, d'origine tuberculeuse, avec cuti-réaction positive. La nécropsie a confirmé le diagnostic en montrant un processus de pneumonie et aussi de broncho-pneumonie tuberculeuse, sans toutefois mettre en évidence de fistule pleurale.

Telles sont les observations que nous avons pu réunir dans la littérature française, il faut y ajouter l'observation que notre maître le Dr Paisseau a recueilli dans son service de Trousseau, et qu'il a bien voulu nous autoriser à publier.

En ce qui concerne la littérature étrangère, Meigs et Piper (1) en 1874 signalent un cas de pneumothorax chez un enfant de 13 mois, par ouverture d'un abcès caséeux dans la plèvre.

Stanley-Blacker (2) en 1904 publie un cas de pyo-pneumothorax chez un enfant de 18 mois, le diagnostic qui a pu être porté en clinique est confirmé par la nécropsie, qui montre des ganglions caséeux dans les hiles et un abcès sous-pleural ouvert dans la plèvre.

Au cours de cet article, l'auteur rappelle les cas signalés précédemment par Ormerod; nourrisson de 6 mois mort de granulie avec pneumothorax, de D. Powel; nourrisson de 7 mois, de N. Moore; nourrisson de 11 mois. le cas le plus jeune qui ait été publié étant celui de Money, relatif à un pneumothorax spontané tuberculeux chez un nourrisson de 3 mois 1/2.

1. Meigs et Piper : *Diseases of Children*. Londres, 1877.

2. Stanley-Blacker : *British Med. Journal*, 31 oct. 1904, p. 1754.

Ponticaccia (1), en 1910, relate un cas de pneumothorax chez un enfant de 2 ans, aux antécédents tuberculeux mais à cuti-réaction négative, par ouverture d'une caverne du sommet droit dans la plèvre comme devait le préciser l'autopsie.

Bourne (2) en 1921 publie un cas de pneumothorax par broncho-pneumonie tuberculeuse avec ouverture secondaire à la plèvre, chez un nourrisson de 18 mois.

Dans ce cas, les signes physiques ont été nets, la nécropsie a confirmé le diagnostic, mais ni cuti-réaction, ni radioscopie n'ont pu être pratiquées, étant donné la rapidité de l'évolution (12 heures).

Schœnstein et Ernano (3), la même année, signalent un autre cas de pneumothorax spontané tuberculeux, cette fois chez un enfant de 8 mois.

De Elizalde et Cervini en 1929 (4) relatent un cas de pyopneumothorax tuberculeux chez un nourrisson de 8 mois.

Ross et Growdy enfin ont publié un cas cité par MM. Lenhardt, Lamarque, Chaptal et Mas, sans autre commentaire.

De cet historique que nous avons voulu aussi complet que possible, et dans lequel nous avons volontairement incorporé tous les cas qu'il nous a été pos-

1. Ponticaccia : *La Pédiatrie*, sep. 1910, p. 683 689.

2. Bourne : *British Medical Journal*, 1921, t. I, p. 526.

3. Schœnstein et Ernano : *Pediatrics*, vol. XXXIX, n° 12, 15 juin 1921, p. 535.

4. De Elizalde et Cervini : *Rev. de Especialidad*, nov. 1929, p. 1504 à 1506.

sible de recueillir, si nous colligeons les cas observés chez des nourrissons proprement dits, nous constatons, que si leur ensemble constitue une bibliographie assez riche, chaque cas particulier a paru suffisamment rare pour mériter d'être publié.

En fait, le pneumothorax spontané du nourrisson n'est pas connu en pratique courante ; le nombre sans cesse croissant des cas observés tient certainement à l'usage de plus en plus répandu de la radiologie ; mais le nombre des observations publiées à ce jour est encore limité, surtout en ce qui concerne le pneumothorax spontané tuberculeux.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Le nourrisson, Hugnette E..., est admis à l'Hôpital Hérold le samedi 3 mars 1934. C'est un prématuré né à 8 mois $1/2$ le 22 janvier, donc âgé de 5 semaines seulement à son entrée.

Il présente au premier examen un aspect assez misérable ; le teint est terne, grisâtre, l'enfant est abattu, secoué seulement par des accès de toux quinteuse ramenant par moments un pus jaune franc. Cependant il n'y a pas de battement des ailes du nez, la température est normale à 37° . L'examen de la gorge ne révèle ni angine, ni phlegmon, ni abcès pharyngien. La culture du mucus rhino-pharyngé restera négative.

L'examen thoracique par contre révèle sur toute l'étendue du champ pulmonaire gauche une sonorité très marquée, proche du tympanisme.

L'auscultation y dénote un souffle amphorique net avec perception métallique des bruits thoraciques, tintement métallique à chaque inspiration.

A droite, la respiration est précipitée, mais de timbre et de résonnance normaux. C'est à droite de l'appendice xyphoïde que sont le mieux perçus les bruits de la révolution cardiaque. La pointe du cœur est en effet fortement déviée vers la droite et

en avant. Le rythme des pulsations est accéléré. Cet ensemble symptomatique fait songer fortement au pneumothorax.

La palpation de l'abdomen révèle en outre une très grosse rate facilement palpable, car elle déborde largement le rebord des fausses côtes. Le foie est normal.

Le diagnostic du pneumothorax gauche est immédiatement vérifié à l'écran fluoroscopique et une radiographie fixe sur le champ l'aspect thoracique observé.

L'histoire brève de ce nourrisson, l'enquête familiale, les radiographies pratiquées en série, jettent quelque clarté sur l'étiologie et l'évolution de ce pneumothorax brusquement constitué.

L'enfant est né prématurément le 22 janvier 1934, aucun accident notable ne marqué l'accouchement : présentation du sommet en gauche antérieure, poids de naissance 2.950 gr., délivrance naturelle, poids du placenta 470 gr. Ce dernier a un aspect lavé, les cotylédons sont très séparés, la caduque est épaissie.

Cependant on ne juge pas utile un traitement spécifique. Le nourrisson reçoit suivant les règles habituelles le vaccin B. C. G. Il est nourri au sein. Une conjonctivite passagère marque ses premiers jours.

Le 4 février, quinze jours après la naissance, le poids est de 2.780 gr., la courbe pondérale n'ascensionne que lentement.

Le 23 février on note un coryza, des régurgitations, le sein est pris avec difficulté, cependant le poids atteint 3 kgr.

Le vendredi 2 mars le nourrisson commence à tousser vers 13 heures. Il est néanmoins conduit à la pesée dans un dispensaire où l'on note le poids de 3.080 gr. A 15 heures, refus de la tétée. A 18 heures la toux augmente, et l'enfant rejette pour la première fois un peu de pus. Un médecin consulté ne constate

rien d'anormal à l'auscultation, ce qui contraste avec la toux alors incessante. La température est normale à 37°1.

Après une période de calme durant laquelle le petit malade peut boire normalement, les phénomènes reprennent à 24 heures : reprise d'une toux quinteuse, incessante, avec rejet de pus jaune, peu épais ; refus de la tétée.

Sédation à 22 heures jusqu'à 1 heure du matin. Le nourrisson rejette alors du pus en abondance, par la bouche et par le nez, il est en état de sub-asphyxie.

Un médecin appelé d'urgence, délivre nez et gorge du pus qui les encombre, administre une potion calmante, soupçonne le pneumothorax et adresse l'enfant à l'hôpital.

Les antécédents familiaux sont assez chargés.

La grand'mère maternelle est tuberculeuse depuis 1919.

La mère, sans présenter actuellement de lésions pulmonaires, a toussé durant toute son adolescence. Le grand-père est mort de paralysie générale, et deux accouchements prématurés ont précédé celui-ci, l'un en 1927, l'autre en 1931 (fausse couche de six semaines). Un frère, âgé actuellement de 6 ans, né à 8 mois, a été traité pour rachitisme par des injections arsénicales et des rayons ultra-violets ; maigre, hypotrophique, il ne présente pas de stigmates nets de tuberculose ou de syphilis.

Ces faits ont attiré l'attention, et, malgré la négativité de deux prises de sang faites à la mère pendant sa grossesse, on a cru bon d'instituer une série de bismuth durant les trois derniers mois. L'enfant n'en reste pas moins un spécifique à la rate volumineuse.

Le 3 mars 1934, jour même de son entrée à l'hôpital, le petit malade est radiographié.

Le cliché révèle une très grosse déviation cardiaque, le cœur



Radiographie n° 1.

Huguette E... Pneumothorax spontané non tuberculeux
chez un nourrisson de 5 semaines.

empiétant sur les deux-tiers du champ pulmonaire droit; un pneumothorax gauche généralisés s'affirme presque complet, ménageant néanmoins un fort moignon pulmonaire, qui reste adhérent au sommet et au diaphragme. Dans la région para-hilaire gauche est visible une image aréolaire, lacune sombre sur le cliché, nettement limitée, de la taille d'une noisette, et centrée d'une petite tache claire. On note sur la radiographie la taille volumineuse de la rate.

La cuti-réaction à la tuberculine, pratiquée comme de coutume reste négative. Une intra-dermo-réaction au millième donnera, quelques jours plus tard, le même résultat.

La numération globulaire est normale.

Hématies.....	4.500.000
Leucocytes.....	6.000

Formule sanguine :

Polynucléaires.....	21 %
Mononucléaires.....	60 %
Lymphocytes.....	17 %
Eosinophiles.....	1 %
Formes de transition.....	1 %
Taux de l'hémoglobine (Talquist).....	70 %

Soumis à un allaitement mixte, lait maternel et lait d'ânesse puis lait maternel et lait de vache, le nourrisson est en outre traité par la vaccinothérapie, les injections de sérum artificiel, les frictions mercurielles et accessoirement l'huile camphrée.

Le 5 mars, soit deux jours seulement après l'entrée, les radiographies de face et de profil montrent d'importantes modifications.

Le cœur redevient médian, le poumon reprend partiellement son expansion. De larges adhérences sont visibles, surtout au

sommet et à la base gauche, le sinus costo-diaphragmatique de ce côté reste bouché. Il semble bien néanmoins qu'il n'y ait pas de liquide et deux ponctions successives visant ce sinus restent sans résultat. A droite la radiographie révèle des opacités hilaires irrégulières d'où partent des arborisations.

Chaque matin, pendant trois jours consécutifs, l'enfant rejette quelques crachats purulents ; ceux-ci, recueillis sur lame, fourmillent de staphylocoques. La culture donne ces mêmes germes à l'état pur. L'inoculation au cobaye ne provoque qu'une petite collection purulente limitée, se résorbant spontanément.

Le 7 mars, la température dépasse 38°, depuis la veille le poids est stationnaire, mais l'aspect général est meilleur. Sur le cliché où l'image annulaire sombre, para-hilaire gauche, est toujours fixée, le pneumothorax tend à diminuer d'étendue.

Le 10 mars, le poumon a repris presque toute son expansion. La zone d'hyperclarté ne forme qu'une mince bande au contact de la paroi thoracique. La plage sombre, étroitement limitée, répondant vraisemblablement à un abcès pulmonaire, persiste immuable, visible en projection à l'extrémité interne du sixième espace intercostal gauche.

Le 11 mars, l'examen clinique montre que le souffle amphorique est limité à la région latérale, sous-axillaire du thorax. Le murmure vésiculaire est perçu sur une grande partie du champ pulmonaire gauche. Le cœur a repris son siège normal.

Le 12 mars, des signes de mastoïdite gauche obligent à un curettage des cellules de la pointe. Le germe en cause est ici encore le staphylocoque.

La température ne dépasse pas 38°, les signes cliniques de pneumothorax restent très localisés.

Entre le 12 et le 18 mars, la température avoisine 38°, le poids

tombe à 2.750 gr., l'enfant a de nouveaux crachats purulents.

Les clichés du 16 et du 17 montrent que la zone d'hyperclarté gauche gagne en étendue, le poumon s'éloigne du contact thoracique tout en restant lié par des adhérences. A droite subsistent les nombreuses arborisations déjà notées.

Cliniquement la respiration est de timbre rude, soufflante au sommet gauche, tandis qu'on perçoit latéralement l'éclat de bruits amphoriques.

L'anorexie, des vomissements, un certain degré de déshydratation engagent à poursuivre le sérum artificiel, à essayer l'emploi de l'arsenic, de la belladone, de l'extrait thyroïdien.

Le 23 mars, la radiographie montre une large poche aérique pleurale, atelectasiant le sommet pulmonaire.

Le parenchyme est cependant retenu latéralement par des adhérences. Il en est de même dans la région diaphragmatique.

Le 28 mars, l'aspect est sensiblement le même. Sur cette radiographie l'image lacunaire du sixième espace, en rapport avec l'abcès pulmonaire gauche, est toujours visible, de même que les arborisations hilaires droites.

Le 7 avril, la plupart des adhérences latérales ont cédé. Le médiastin est à nouveau refoulé partiellement vers la droite par un pneumothorax étendu, limité néanmoins en haut et en bas par des adhérences de vastes dimensions. Un peu de liquide est apparu dans le sinus costo-diaphragmatique.

Quoique ne gagnant guère de poids, l'enfant est apyrétique, il ne présente plus de troubles digestifs. Il sort à cette date de l'hôpital.

Une nouvelle radiographie, le 12 avril, donne une image d'hydro-pneumothorax.

En résumé :

Il s'agit d'un prématuré de 5 semaines, vraisemblablement hérédo-syphilitique, chez lequel s'est développé en ce court délai un abcès du poumon à staphylocoques, évoluant à bas bruit. Cette suppuration pulmonaire s'est révélée par une vomique soudaine et par un pneumothorax resté pur dans les premiers temps.

Le pneumothorax, après une tendance à la résorption contrôlée par des radiographies successives, a occupé à nouveau un large espace, limité néanmoins par des adhérences. Puis il s'est transformé en hydro-pneumothorax.

Discussion.

L'origine tuberculeuse des accidents peut être rejetée, malgré le contact avec une grand'mère bacillaire, malgré la surcharge hilaire du côté droit, opposé au pneumothorax, car la cuti et l'intradermo-réaction sont restées négatives (le nourrisson, rappelons-le, avait reçu du B. C. G. à la naissance). D'autre part le pus rejeté ne contient pas de bacille de Koch, l'inoculation au cobaye a été négative. L'abcès pulmonaire semble être en cause, peut-être même doit-on l'attribuer aux troubles de déglutition, fréquents chez les prématurés.

L'apyrexie, l'absence de chute de poids et de leucocytose sanguine peuvent paraître anormales.

L'abcès du poumon peut cependant être retenu comme étiologie la plus plausible ; l'examen bactériologique des vomiques, a permis d'isoler du staphy-

locoque, ce dernier ayant même infecté secondairement une mastoïde; les clichés radiologiques successifs et sous des incidences différentes ont permis de déceler une image constante et caractéristique.

L'exploration lipiodolée de la collection purulente n'a pas été pratiquée, étant donné l'extrême jeune âge du petit malade.

Deux mécanismes différents ont pu expliquer l'irruption d'air dans la cavité pleurale :

Pendant plusieurs semaines, l'absence complète de liquide pleural, l'apyrexie, ont plaidé en faveur d'une rupture d'alvéole ou d'une bulle d'emphysème, à l'occasion de secousses de toux périodiques, lors des vomiques massives ou fractionnées vidant l'abcès.

L'apparition du liquide pose le problème de la rupture d'un abcès sous-pleural, étendant vers la cavité pleurale un processus infectieux pulmonaire primitif.

Cette deuxième hypothèse est moins probable, l'évolution devant se faire normalement vers le pyopneumothorax; or l'enfant a pu être suivi depuis régulièrement, son état général tend à s'améliorer lentement.

OBSERVATION II

L'enfant G... Edda, est admise le 17 avril 1932 à l'hôpital Trousseau, pour convulsions.

C'est un nourrisson de 15 mois, né à terme dans des conditions normales, dont le poids de naissance était de 3.800 gr.

L'enfant, d'abord élevée au sein, a été mise au bout de deux mois à l'allaitement artificiel (lait de vache). Jusqu'à présent le nourrisson n'a pas été malade, les parents sont bien portants ; la mère, souffrant uniquement de rhumatismes, a un autre enfant plus âgé de 2 ans, bien portant. Elle n'a jamais fait de fausse-couche.

Aux dires de la mère, l'enfant est constipé depuis une huitaine, il a vomi, son nez coule, il ne mange pas.

Le 17 avril, à l'examen, on est en présence d'un enfant en assez bon état général, sans signes de rachitisme, mais dont les bosses frontales et pariétales sont très développées. La fontanelle antérieure est soudée. L'enfant qui n'a que 36°8 comme température paraît fatigué, il est encore un peu agité (les convulsions ont commencé la veille au soir). La nuque est assez souple mais la recherche du signe de Kernig est positive.

Dans la même journée la fièvre monte brusquement à 40°, les convulsions reprennent ; on baigne l'enfant, on lui fait des enveloppements sinapisés et on le laisse à la diète.

Le 18 avril la température est à 41°, l'enfant qui a passé une nuit très agitée est actuellement prostré, sa respiration est rapide, son pouls également, on note un peu de tirage sus-sternal, pas de battement des ailes du nez.

L'enfant est toujours raide, le signe de Kernig est très accentué, la nuque n'est toutefois pas trop soudée, les pupilles sont en mydriase, on constate un léger ptosis gauche ; le signe de Chvostek est négatif. La constipation est toujours complète malgré un lavement froid.

A l'auscultation, au sommet droit et en arrière, on entend un gros foyer de râles sous-crépitants, sans souffle.

A la palpation de l'abdomen le foie est de volume normal ; par

contre, la rate est très volumineuse, dure, débordant nettement le rebord costal.

La cuti-réaction à la tuberculine faite à l'entrée, commence à rougir.

La ponction lombaire pratiquée le même jour va donner issue à un liquide clair, eau de roche, non hypertendu. L'albumine du liquide céphalo-rachidien est normale. A la cellule de Nageotte on compte 9 lymphocytes par millimètre cube.

Le 19 avril, la température est à 40°2, l'enfant présente toujours un syndrome méningé typique, on fait passer l'enfant à la radiographie, sa cuti-réaction étant devenue franchement positive.

L'ensemencement du nez et de la gorge, pratiqué lors de l'admission, revient positif aux bacilles diphtériques courts.

L'enfant qui a subi la veille une injection de granions d'or est toujours abattu, on continue les bains sinapisés alternés avec les enveloppements frais.

L'épreuve radiologique montre la présence d'un pneumothorax total droit avec légère adhérence au niveau de la scissure inférieure. Le hile correspondant est très chargé, on ne décèle pas de spélonque. Le hile gauche est très touffu, de grosses arborisations se projettent sur l'ombre cardiaque jusqu'au diaphragme. La trame pulmonaire semble plus dense que normalement, les deux sinus costo-diaphragmatiques sont libres.

Le 20 avril, l'enfant, qui a eu une selle dans la nuit, meurt sans avoir repris connaissance. La cuti-réaction est franchement positive.

La nécropsie n'a pu être pratiquée, le Bordet-Wassermann, dont on a eu plus tard le résultat, était négatif.

En résumé :

Il s'agit d'un pneumothorax spontané chez un enfant de quinze mois, atteint de méningite tuberculeuse. Le pneumothorax n'est là qu'un épiphénomène ayant succédé, selon toute vraisemblance, à l'ouverture d'une caverne dans la plèvre. La dissémination, la rapidité de l'évolution, les examens de laboratoire enfin, sont venus confirmer la nature tuberculeuse des lésions.

Il convient de remarquer chez cet enfant la positivité de la cuti-réaction, même à une période aussi avancée. Signalons encore la splénomégalie que l'on retrouve dans la majorité des autres observations de pneumothorax tuberculeux.

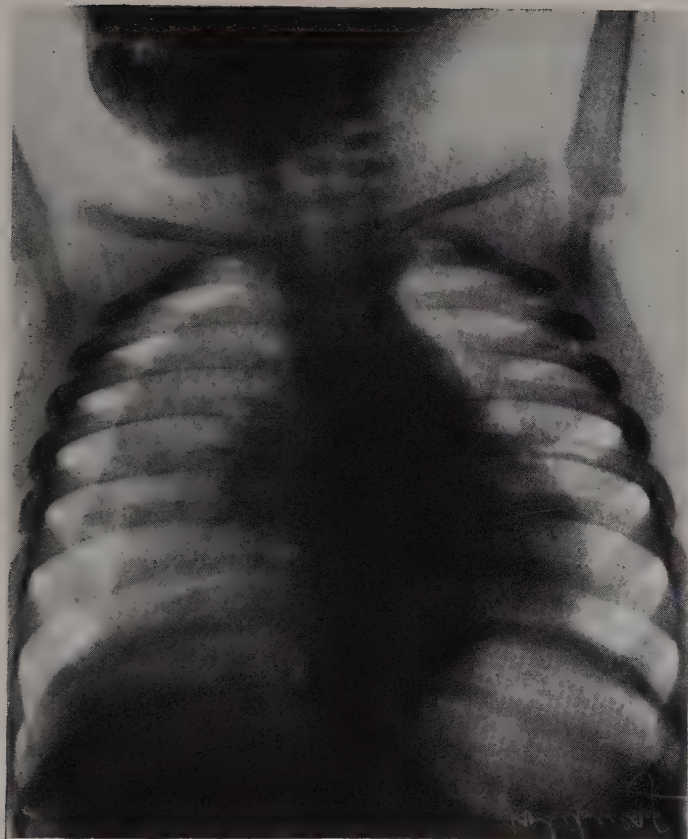
Discussion.

Chez cet enfant le pneumothorax a été une découverte de la radiologie, seuls des signes de condensation pulmonaire au sommet droit avaient attiré l'attention sur le poumon, les signes méningés étant au premier plan.

Cette discrétion des signes cliniques de pneumothorax n'est pas pour surprendre, le Professeur Lereboullet, MM. Lenhardt, Lamarque, Chaptal et Mas ont en particulier attiré l'attention sur ce point.

Soulignons une fois de plus l'importance de la radiologie pour poser de tels diagnostics.

Dans ce cas particulier, et malgré sa rareté chez l'enfant, la nature tuberculeuse du pneumothorax ne



Radiographie n° 2.

Edda G... Pneumothorax spontané tuberculeux
chez un nourrisson de 15 mois.

peut être mise en doute. Signalons cependant que ce pneumothorax est resté pur.

Le pronostic, toujours fatal dans ce cas, a été encore hâté par le processus granulique et l'atteinte méningée.

ÉTIOLOGIE

De cette étude sur les pneumothorax spontanés chez le nourrisson, il faut retenir au point de vue étiologique, l'opposition absolue entre les pneumothorax d'origine tuberculeuse et les autres.

En ce qui concerne les pneumothorax spontanés non tuberculeux, une étiologie dont la fréquence semble s'affirmer actuellement, est l'abcès du poumon.

Les travaux des auteurs américains ont, au cours de ces dernières années, permis de mieux connaître la fréquence des abcès pulmonaires, surtout chez l'adulte. Depuis, les pédiatres ont tous insisté sur ses modalités et sa fréquence chez l'enfant (Lesné, Lereboullet, Armand-Delille) (1), (Nobécourt) (2).

Mais, si chez l'adulte il est exceptionnel de voir l'abcès du poumon aboutir à un pneumothorax, chez le nourrisson il n'en est pas de même.

La littérature que nous avons pu rassembler ne compte pas moins de 14 cas certains de pneumo-

1. *Bulletin de la Soc. de Pédiatrie de Paris*. Séance du 24 mai 1932.

2. *Cl. méd. des enfants. Aff. de l'app. respiratoire*, 2^e série, p. 177.

thorax suite d'abcès pulmonaire chez l'enfant du premier âge.

Dans le cas dont nous rapportons l'observation originale, il nous est permis de penser qu'il s'agissait bien d'un abcès pulmonaire à l'origine de l'hydro-pneumothorax.

Le premier signe qui attira l'attention du médecin de ville, fut l'expectoration purulente qui devait, par la suite, aboutir à une véritable vomique. L'examen bactériologique de cette vomique permit de déceler le staphylocoque doré comme agent pathogène. Une mastoïdite, également à staphylocoques, devait confirmer ultérieurement la nature de l'infection. La radiologie enfin en confirmant les signes de pneumothorax, permit de retrouver sur tous les clichés une image lacunaire, ovulaire, siégeant de façon constante au niveau de l'espace intercostal gauche, et correspondant, selon toute vraisemblance, à la poche de l'abcès pulmonaire.

Nous ne saurions trop insister sur le début discret de cet abcès du poumon, qui, dans la phase pré-vomique, ne devait se manifester par aucun signe physique ou fonctionnel autre que ceux du pneumothorax. L'enfant s'alimentait normalement, ne faisait pas de fièvre, un examen hématologique assez précoce devait montrer une leucocytose normale.

Ainsi l'abcès du poumon peut se révéler en clinique par un pneumothorax spontané; c'est un mode de début à connaître chez le nourrisson. On pourrait rapprocher cette observation de celle déjà publiée par

le Professeur Lesné (1). Il s'agissait d'un enfant de 4 ans guéri d'un abcès du poumon, suite de broncho-pneumonie, par un pneumothorax spontané.

En marge du cas que nous rapportons, rappelons celui MM. Gardère et Savoye où des abcès pulmonaires multiples étaient apparus après une broncho-pneumonie double et ne donnaient aucun signe clinique permettant le diagnostic qui ne fut porté que par la radioscopie.

Les abcès du poumon, qu'ils compliquent ou non une broncho-pneumonie, peuvent donc être à l'origine du pneumothorax spontané chez le nourrisson.

La pneumonie et la broncho-pneumonie sont, à n'en pas douter, à l'heure actuelle à l'origine de la majeure partie des observations que nous possédons de pneumothorax spontanés. Nous en avons relevé 18 cas certains.

En dehors de ces causes, la coqueluche reste encore une étiologie assez fréquente, 7 des cas que nous signalons lui sont imputables.

Telles sont les principales causes du pneumothorax spontané, non tuberculeux ; signalons comme causes occasionnelles : la grippe, la rupture d'une bulle d'emphysème, la trachéotomie, la bronchite banale, et signalons 1 ou 2 cas isolés de pneumothorax congénital (Stein) (2). On a décrit des pneumothorax par

1. MM. Lesné, Clément et Mlle Rouget : Soc. Pédiatrie. Paris, 1932, p. 290.

2. Stein : *Am. Journal of diseases of Children*, juillet 1930.

suite de dilatation des bronches; outre leur rareté, ils doivent être accueillis avec réserve. Une remarquable observation de MM. Ribadeau-Dumas, Chabrun et Mlle Wolf (1), souligne la difficulté du diagnostic différentiel. Le diagnostic de pneumothorax partiel chez un enfant de 5 semaines, porté d'après l'examen radiologique, devait se révéler à la nécropsie comme une authentique dilatation bronchique.

Le pyopneumothorax, enfin, a été signalé par le Professeur Nobécourt comme une complication possible des pleurésies purulentes traînantes (2).

En ce qui concerne le pneumothorax tuberculeux, nous avons souligné sa rareté. Il semble survenir au milieu d'un processus granulique et n'est jamais le seul signe de l'infection tuberculeuse.

Dans le cas que nous rapportons, l'intérêt du pneumothorax disparaît devant l'importance des signes méningés; il n'est plus qu'une simple manifestation de la dissémination du processus tuberculeux.

On peut se demander si le pneumothorax existait avant l'atteinte méningée. C'est probable, l'enfant ayant présenté, dès l'entrée, un foyer à l'auscultation du sommet droit, la voie d'entrée semble donc, comme c'est la règle, s'être située au niveau du poumon.

La nécropsie n'ayant pu être pratiquée, nous ne pouvons que formuler des hypothèses à ce sujet.

1. Ribadeau-Dumas, Chabrun, Mlle Wolf: Soc. Méd. des Hôp., juin 1928.

2. Nobécourt. Cl. méd. des enfants, XX^e leçon, p. 451.

Dans les autres cas publiés, celui de MM. Mouriquand, Bernheim et Charleux, celui du Professeur Debré, celui de MM. Lenhardt, Lamarque, Chaptal et Mas, la pathogénie est toujours la même, il s'agit d'une caverne s'étant ouverte secondairement dans la plèvre.

Notons la plus grande fréquence du pneumothorax gauche sans y découvrir de raison particulière, la difficulté de baser le diagnostic sur la seule cuti-réaction, et remarquons la quasi-constance de la splénomégalie dans le pneumothorax tuberculeux. Cette splénomégalie vient, elle aussi, traduire le processus granulique de la maladie.

PRONOSTIC

Le pronostic du pneumothorax spontané chez le nourrisson est peut-être une des principales raisons qui nous aient fait opposer au cours de cette étude le pneumothorax d'origine tuberculeuse aux autres.

Si nous considérons en effet les pneumothorax non tuberculeux, nous voyons que, dans l'ensemble, leur pronostic est relativement favorable, mais qu'il est lié à divers facteurs, en particulier la maladie en cause et l'âge de l'enfant.

Si nous nous en rapportons aux statistiques, sur 14 cas d'abcès pulmonaire, 6 seulement ont été suivis de guérison, mais il n'est pas inutile de préciser, que 2 de ces cas mortels sont étiquetés abcès pneumonique et abcès multiples après broncho-pneumonie.

La pneumonie et la broncho-pneumonie semblent moins funestes. MM. Gardère et Savoye donnaient pour la mortalité dans ces cas, une proportion d'environ 40 %, en faisant judicieusement remarquer que dans chaque cas, la gravité du pneumothorax est étroitement liée à celle de l'affection pulmonaire.

Il est évident que pour une broncho-pneumonie d'intensité moyenne, l'éventualité d'un pneumothorax pur ne paraît pas aggraver notablement un pronostic au préalable favorable.

Si, par contre, les foyers broncho-pneumoniques sont bilatéraux et disséminés, l'évolution normale, déjà précaire, sera notoirement assombrie par un pneumothorax à allure suffocante.

La coqueluche et l'emphysème sont des causes moins graves au point de vue du pronostic. Ce sont elles qui relèvent la proportion de non mortalité, puisque 75 % guérissent d'après la statistique du Professeur Lereboullet.

Les cas de pneumothorax congénitaux ou consécutifs à une trachéotomie, déjà signalés, sont trop exceptionnels pour donner lieu à des statistiques.

Nous disions plus haut que l'âge jouait un grand rôle dans le pronostic.

Cette remarque, que les premiers auteurs qui s'étaient occupés de la question n'avaient pas manqué de faire, semble avoir eu sa confirmation.

En effet, sur les 54 cas dont nous avons trouvé mention dans la littérature, 20 seulement ont trait à des nourrissons âgés de 6 mois au maximum ; sur ces 20 cas, 6 seulement furent suivis de mort.

On peut donc dire que la fréquence et la gravité du pneumothorax spontané non tuberculeux chez le nourrisson, croissent avec son âge.

Le pronostic, en ce qui concerne le pneumothorax d'origine tuberculeuse, est malheureusement inexo-

nable. Tous les cas que nous signalons se sont terminés par l'exitus. L'âge n'influe en rien sur l'évolution, le plus souvent très rapide, du pneumothorax spontané tuberculeux qui n'est jamais isolé. Tout au plus peut-on dire qu'il est d'autant plus rare que l'enfant est plus jeune.

CONCLUSIONS

Les observations de plus en plus nombreuses de pneumothorax spontané chez des nourrissons, ne doivent plus faire considérer ce syndrome comme une exception. C'est une éventualité à laquelle il faut songer en pédiatrie.

Nous avons à plusieurs reprises signalé la difficulté du diagnostic ; en effet, s'il est une forme, dite suffocante, où la clinique à elle seule permet de trancher, il existe une forme latente qui n'est le plus souvent révélée que par la radiologie.

Le diagnostic étant porté, deux étiologies vont être à opposer avant tout pronostic : la tuberculose d'une part, les autres causes de l'autre.

Nous avons indiqué comment éliminer l'étiologie tuberculeuse, tant par la clinique que par la radiologie et les examens de laboratoire.

Pour les pneumothorax non tuberculeux, et c'est heureusement l'immense majorité chez le nourrisson,

rappelons l'abcès du poumon comme étiologie possible avec la pneumonie et la broncho-pneumonie, le pronostic étant enfin basé, en partie sur cette étiologie, en partie sur l'âge du nourrisson.

Vu : le Président de la thèse,
NOBÉCOURT.

Vu : le Doyen,
ROUSSY.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLETY.

780. — Imp. de la Fac. de Méd., Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 5-34
